

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 102

Ascaridiose et Puerpéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN TOURENG

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 23 septembre 1894, à Carcassonne



CHALON-SUR-SAONE

Imprimerie Commerciale et Industrielle. 7, rue des Tonneliers

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Ascaridiose et Puerpéralité

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 102

Ascaridiose et Puerpéralité



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN TOURENG

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 29 septembre 1894, à Carcassonne



CHALON-SUR-SAONE

Imprimerie Commerciale et Industrielle, 7, rue des Tonneliers

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, GAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARB
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie		NOVÉ-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien	FLORENCE	GRAVIER, charge
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président; CONDAMIN, Assesseur;
MM. COMMANDEUR et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CAMARADES
DE
L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

AUX MORTS HÉROÏQUES
DU 30^e BATAILLON DE CHASSEURS ALPINS

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Qui veillèrent avec tant d'amour
sur mon enfance et à qui je dois le
meilleur de mon esprit et de mon
cœur. Qu'ils trouvent ici le témoi-
gnage de ma reconnaissance infinie
et de ma profonde tendresse.

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MON NEVEU

A MON ONCLE, A MA TANTE

A MES COUSINS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS
Les Docteurs GUILLAUME, GUILLOBEY
DE PRÉAUMONT

En souvenir des années d'études
où se noua notre solide amitié.

Au Commandant LATRABE
ET A TOUS MES COMPAGNONS D'ARMES
DU
30^e BATAILLON DE CHASSEURS ALPINS

En souvenir des cinquante-deux
mois de guerre, où je suivis les
destinées de ce glorieux Bataillon,
et au cours desquels il me fut
donné, grâce à eux, de respirer la
plus pure atmosphère de vaillance
et d'abnégation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FABRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'UNIVERSITÉ DE LYON

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour nous avoir confié le sujet de cette thèse et pour nous avoir fait le grand honneur d'en accepter aujourd'hui la présidence.

A Monsieur le Professeur TESTUT

PROFESSEUR HONORAIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Qui nous accueillit si aimablement à notre arrivée à la Faculté de Lyon, et dont le lumineux enseignement nous a laissé un souvenir impérissable. Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre profond attachement.

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES JUGES

INTRODUCTION

Le sujet de cette thèse nous a été donné par M. le professeur Fabre ; l'idée en est nouvelle, puisque nos recherches ne nous ont pas permis de retrouver le moindre travail y ayant trait.

Nous avons eu cependant la bonne fortune de pouvoir réunir sept observations. A ceux qui trouveront que ce nombre est bien faible, nous nous permettrons de rappeler que, dans la période du 1^{er} janvier 1904 au 1^{er} novembre 1920, 19.442 accouchements ont été pratiqués à la Clinique obstétricale de Lyon, et que, dans ce nombre imposant, quatre cas seulement se sont trouvés, où l'expulsion de parasites se constata au cours de la puerpéralité.

Nous avons, d'autre part, opéré une enquête auprès des accoucheurs des hôpitaux de Lyon : M. le professeur adjoint Commandeur nous communiqua l'observation qu'il publia, en 1910, en collaboration avec M. le docteur Rhenter, et nous déclara qu'il existait bien, dans ses souvenirs, quelques cas de grossesse compliquée d'ascaridiose ; M. le professeur agrégé Trillat en observa un cas intéressant dans sa clientèle ; M. le professeur agrégé Voron nous signala l'observation que nous publions sous le n° V ; mais M. le docteur Plauchu, par contre, ne se rappela pas avoir jamais constaté rien de tel.

Parmi les gynécologues, M. le professeur Pollosson a vu,

dans deux cas, des ascaris provoquer des perforations intestinales ; mais il ne saurait se rappeler s'il y avait, ou non, grossesse ; M. le professeur adjoint Condamin et M. le docteur Molin n'ont eu connaissance d'aucun fait qui puisse, à leur avis, nous intéresser.

Les chirurgiens ont vu quelquefois des lésions graves de l'intestin, provoquées par les parasites ; M. le professeur Bérard a constaté des appendicites vermineuses ; M. le professeur Tixier admet difficilement que l'ascaris puisse amener une réaction péritonéale sans lésion préalable du péritoine.

Enfin, M. le professeur Guiart n'a jamais eu son attention attirée du côté de la grossesse.

Nous aurions voulu pouvoir appuyer nos dires de faits plus précis, nous livrer à des vérifications microscopiques systématiques pour tous les sujets d'une maternité, élaborer des statistiques qui nous auraient permis de faire de nos hypothèses des vérités contrôlées. Bref, nous aurions voulu traiter la question à fond, au lieu de l'esquisser ; les nécessités militaires du moment, qui limitent notre temps et qui réclament la fin rapide de nos études ne nous l'ont pas permis ; nous le regrettons profondément.

Notre reconnaissance va d'abord à M. le professeur Fabre, qui facilita grandement notre tâche, en nous ouvrant les portes des archives de la Clinique et en nous accueillant à tous moments avec sa bienveillance et sa simplicité coutumières ; à M. le professeur adjoint Commandeur, qui voulut bien nous communiquer l'observation publiée par lui ; à M. le professeur agrégé Voron, qui nous permit de fouiller parmi les registres de son service ; à M. le professeur agrégé Trillat, qui, fort aimablement,

nous résuma le cas observé dans sa pratique ; à M. le moniteur de Clinique Bouget, qui rappela pour nous ses souvenirs et veilla lui-même à l'exactitude clinique d'une de nos observations ; à tous ceux, enfin, qui nous accueillirent et qui nous donnèrent si complaisamment leur opinion personnelle de la question.

HISTORIQUE

Aux temps où nul encore ne songeait à contester la théorie de la génération spontanée, les vers furent accusés de se développer, non seulement chez la femme enceinte, mais encore chez le fœtus. Hippocrate, le premier, admet le fait : « Aussitôt après la naissance des enfants, écrit-il dans son « Quatrième livre des maladies », les femmes leur font prendre les mêmes médicaments, afin que les excréments sortent des intestins, ne s'y calcinent pas, et, en même temps, afin que l'intestin soit élargi. Après cette administration, beaucoup d'enfants ont rendu des vers ronds et plats avec les premiers excréments ; s'ils ne vont pas à la selle, les vers se développent dans le ventre. » Ce n'est là qu'une opinion ; les faits sont ailleurs, dans les trois observations de Kerckring, de Dolée et de Brendel, au sujet desquelles Davaine écrit ceci : « Le nombre des cas de vers, chez le fœtus humain, passe pour être plus considérable ; il se réduit à trois, et, dans ces trois cas, on a omis de mentionner, non seulement les caractères, mais même l'espèce de vers observés. Si l'on tient compte de cette omission, de l'époque à laquelle remontent ces observations, des nombreuses erreurs commises, même de nos jours, relativement à des caillots fibrineux, à des concrétions de mucus pris pour des vers, on aura lieu de croire que ces faits sont le résultat de quelque erreur du

même genre. » On peut en dire autant des cas rapportés par Vander-Wiel, où un long ver aurait été trouvé enroulé le long du cordon ombilical, et, dans une autre occasion, caché à l'intérieur du placenta. Le cas de Stegmann est plus sujet encore à caution, car, ici, « un grand nombre de vers plats et rouges » auraient « dévoré le fœtus, à l'exception de quelques petits os ».

Par contre, Roederer et Wagler écrivent, au sujet de l'épidémie de fièvre muqueuse, qu'ils ont retracée : « Nous avons vu plusieurs femmes enceintes périr de la fièvre muqueuse compliquée de la présence des vers, tandis que leurs fœtus présentaient seulement des traces de l'affection muqueuse dans son état de simplicité, sans complication des vers. »

Tous ces faits ne présentent guère qu'un intérêt anecdotique, la question de la présence des vers chez le fœtus étant aujourd'hui très simplement réglée par la négative.

Nous trouvons, en outre, dans les auteurs, quelques cas de grossesse compliquée d'ascaridiose, telles les deux observations de Willius et de Petrus Forestus, rapportées par Davaine, où deux abcès vermineux de la paroi abdominale évoluèrent sans influencer en quoi que ce soit la marche normale de la grossesse.

Plus curieuses sont les deux observations suivantes, où une lombricose des voies génitales aurait été prise pour une grossesse :

I. — « Timœus dit qu'une femme, que l'on croyait enceinte, et qui venait d'être tuée, fut ouverte pour sauver l'enfant, mais on ne trouva, dans la matrice, qu'une matière muqueuse et des vers. » (Timœus, In. Davaine.)

II. — Une femme « se crut un jour enceinte ; les règles

avaient cessé ; puis elle s'imagina éprouver, à l'époque ordinaire, les mouvements actifs de son enfant... Après avoir passé plus d'un an dans cet état... la malade rendit spontanément une grande quantité de lombrics, dont plusieurs sortirent des parties génitales ; la malade en retira plusieurs avec les doigts ». (H. Anciaux, 1856.)

Il s'agit sans doute, ici, d'une migration de parasites dans l'utérus, à la faveur d'une communication recto-utérine pathologique. Mais il n'en est pas moins intéressant de constater que, dans certains cas, la seule présence des ascaris ait pu en imposer pour une grossesse, confusion rendue sans doute plus plausible par certains symptômes légers de l'ascaridiose, si étrangement identiques parfois aux petits signes de la grossesse.

Dans la période moderne, la question de l'ascaridiose au cours de la puerpéralité n'a sans doute pas été jugée digne d'être traitée, car les recherches auxquelles nous nous sommes livré, avec les faibles moyens à notre disposition, ne nous ont pas conduit à la découverte de nombreux documents ; à peine si, de ci, de là, dans la littérature médicale, nous rencontrons quelques observations où la coïncidence de la grossesse et de l'ascaridiose est signalée ; encore ne l'est-elle qu'incidemment, et sans que l'auteur semble y attacher la moindre importance ; la seule exception réside dans l'observation communiquée par MM. Commandeur et Rhenter, à la Réunion obstétricale de Lyon, et que nous reproduisons plus loin ; il y est question d'une fièvre typhoïde du post-partum, au début de laquelle est notée l'expulsion d'un ascaris. Les auteurs indiquent la possibilité d'une corrélation entre l'un et l'autre fait.

Il y a peut-être eu d'autres faits publiés, s'ils existent, nous nous excusons de n'avoir pas su les découvrir.

La notion des parasites inoculateurs de maladies est d'ailleurs une acquisition toute récente, qui date de la communication de M. le professeur Guiart, à la Société de Biologie, en 1901. On se refusait auparavant à voir, dans les entozoaires, autre chose que des hôtes simplement gênants, suivant en cela l'opinion de Davaine, qui, de parti-pris, leur déniait toute action pathogène. Cependant, certains auteurs du siècle dernier, frappés de la grande fréquence de l'*ascaris* dans l'intestin des malades, au cours de certaines épidémies, le considéraient parfois comme coupable du mal ; d'où le nom de maladies vermineuses qu'ils donnaient à ces affections.

A la suite de la communication précitée, la lutte fut vive et l'idée ne triompha pas sans peine ; elle fit cependant si bien son chemin qu'elle est aujourd'hui admise presque universellement.

La participation des parasites intestinaux a été démontrée pour l'appendicite, la fièvre typhoïde et le choléra : il est permis de croire qu'elle le sera sans doute aussi un jour pour toutes les affections où interviennent les microbes contenus dans l'intestin, et, parmi eux, le colibacille.

A la Réunion de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, du 3 décembre 1920, MM. Fabre et Barbier ont fait une communication intitulée : « Ascaridiose et grossesse », dans laquelle ils ont rapporté les quatre observations de la Clinique obstétricale, que nous publions sous les n^{os} I, II, III et IV.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ASCARIS

L'*ascaris lumbricoïdes*, ainsi nommé de par sa ressemblance lointaine avec le lombric ou ver de terre, est un ver cylindrique, rigide, de consistance élastique, s'atténuant progressivement du centre à ses extrémités. De couleur le plus souvent blanchâtre, il en a été trouvé de roses et même de rouges, coloration due au sang dont ils étaient encore gorgés au moment de leur expulsion.

Le mâle est plus petit que la femelle ; alors que celle-ci mesure de 20 à 45 centimètres de long sur 5 à 7 millimètres de large, celui-là n'a que 15 à 25 centimètres de long sur 3 à 5 millimètres de large. Les femelles sont 3 à 5 fois plus nombreuses que les mâles. L'extrémité postérieure de ces derniers est enroulée et présente deux spicules chitineux, courts et arqués, émergeant du cloaque. Du côté concave de cet enroulement terminal, se voient deux rangées de papilles. La femelle est rectiligne.

Le corps est recouvert d'une cuticule épaisse, striée transversalement, qui lui forme un véritable fourreau.

L'extrémité antérieure, en forme de bouton, limité à sa base par un sillon, est formée par trois mâchoires, une dorsale et deux latéro-ventrales, à bord interne concave muni de dents microscopiques, et à face externe convexe munie de papilles tactiles, deux pour la mâchoire dorsale et une seulement pour chacune des mâchoires ventrales. Ces trois mâchoires limitent un espace triangulaire : la bouche. L'œsophage, qui la continue, est une pièce muscu-

laire extrêmement puissante, formée de fibres radiaires et terminée, à sa jonction avec l'intestin, par un sphincter robuste, dispositif éminemment favorable au mécanisme de la succion. L'ascaris applique son orifice buccal sur la muqueuse intestinale et fait le vide dans son œsophage par fermeture du sphincter et dilatation de la cavité ; la muqueuse ainsi aspirée est ensuite saisie par les mâchoires, qui se referment sur elle.

De quoi se nourrit le parasite ? Normalement, des substances alimentaires contenues dans l'intestin ; mais M. le professeur Guiart, et, après lui, MM. Garin et Cade, ont montré que, dans certains cas, il se nourrit de sang ; la preuve en est dans ce fait que le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique, au contact d'un intestin d'ascaris, donnent la réaction du bleu de Berlin, caractéristique du fer. Dans d'autres cas, des globules rouges intacts ont été trouvés dans ce même tube digestif : d'autres fois, enfin, des ascaris littéralement gorgés de sang furent expulsés.

L'appareil génital mâle se compose d'un long tube testiculaire replié sur lui-même, et terminé par une vésicule séminale volumineuse, qui se déverse dans le cloaque par le canal éjaculateur. Du cloaque émergent les spicules.

L'appareil génital femelle comprend deux longs ovaires tubulaires enroulés, deux utérus qui leur font suite et un court vagin, où se réunissent les deux utérus. La vulve s'ouvre sur la face ventrale, au niveau de la ceinture, région rétrécie située au tiers antérieur du corps.

Au moment de l'accouplement, le mâle se fixe sur la ceinture de la femelle, au moyen de son enroulement terminal, et se sert de ses spicules pour élargir la vulve.

L'œuf mesure 50 à 75 μ de long sur 40 à 50 μ de large ; il est ellipsoïde et entouré de deux enveloppes, dont l'externe est rugueuse, mamelonnée et mûriforme. Les œufs sont pondus dans l'intestin et évacués au milieu des matières fécales en nombre parfois considérable, la femelle de l'ascaris, très féconde, pouvant pondre par an, d'après certains calculs, jusqu'à 60 millions d'œufs.

Ces œufs, parvenus dans l'eau, peuvent s'y conserver presque indéfiniment ; l'embryon se développe à l'intérieur de la coque, en trente jours environ. Long de 300 μ , il est cylindrique, à tête obtuse, à queue aiguë, et s'enroule en spirale à l'intérieur de l'œuf. En aucun cas, il n'en sort spontanément ; pour qu'il soit libéré et qu'il donne naissance à un nouvel ascaris, il faut que la coque soit préalablement dissoute par les suc digestifs. Le développement du parasite est donc direct ; l'homme est contaminé par les eaux souillées, là où la nature du sol permet les infiltrations venues des fosses d'aisance, et par les légumes, là où les maraichers ont coutume d'arroser leurs produits avec l'engrais humain.

L'ascaris se cantonne uniquement dans l'intestin grêle ; on peut pourtant le rencontrer exceptionnellement dans les cavités en communication avec l'intestin ou dans d'autres organes indépendants du tube digestif, où sa présence s'explique, du fait de lésions pathologiques. Le plus souvent, surtout dans nos pays, on le trouve seul ou en petit nombre ; il n'est pas rare, cependant, de voir des individus en héberger des quantités considérables, jusqu'à plusieurs centaines ; de telles observations abondent dans la littérature médicale, mais il s'agit là, le plus souvent, de faits signalés dans les régions tropicales.

Dans certaines régions, la population toute entière est infectée de lombries ; dans d'autres, au contraire, l'expulsion d'un ascaris est un fait rare. Véritable fléau dans les régions tropicales, l'ascaris devient de plus en plus rare, à mesure qu'on remonte vers les régions plus froides ; c'est là un fait très généralement admis, mais qui souffre de nombreuses exceptions : la Hollande, la Suède, la Finlande, sont infectées, alors que des pays plus méridionaux en sont à peu près indemnes ; en France même, il semble que l'Alsace et la Woëvre voient une grosse proportion de leurs habitants atteinte, tandis que le Midi n'en souffrirait que modérément.

Dans un même pays, le parasite acquiert une fréquence beaucoup plus considérable dans les campagnes que dans les villes ; à Lyon, il n'est guère observé que chez 10 pour 100 des individus.

A maintes reprises, de véritables épidémies d'ascariodiose ont pu être constatées, surtout autrefois, aux temps où les armées en campagne abandonnaient, dans leurs cantonnements, des amas de déjections. Aujourd'hui encore, de petites épidémies locales éclatent parfois dans les campagnes.

Il résulte donc, de ces diverses constatations, que la fréquence de l'ascaris est fonction des mœurs du pays, du plus ou moins d'hygiène de ses habitants, de la nature des boissons usitées, et aussi de la nature du terrain, plus ou moins propice aux infiltrations qui iront souiller la nappe d'eau souterraine. L'influence des pluies qui, à certains moments de l'année, lavent le sol et en entraînent toutes les souillures, semble également probable.

L'ASCARIDIOSE AU COURS DE LA GROSSESSE

Etant donnée la fréquence de l'ascaridiose dans l'espèce humaine, on peut, sans s'avancer beaucoup, affirmer qu'une grosse proportion des femmes enceintes est parasitée. Le parasite devient donc un danger permanent, si l'on songe que nombre de maladies de la grossesse sont à point de départ intestinal. Passons en revue, dans un aperçu rapide, les plus importantes de ces maladies, et voyons quelle pourrait bien être éventuellement, dans leur genèse, la part de l'ascaris.

Nous ne nous appesantirons pas ici sur la pathogénie de la fièvre typhoïde. On connaît, et nous rappellerons, par ailleurs, la théorie parasitaire de M. le professeur Guiart, théorie aujourd'hui à peu près universellement acceptée par le monde scientifique. L'ascaris a aujourd'hui droit de cité dans l'étiologie de cette redoutable complication de la grossesse.

Parmi les causes de l'albuminurie gravidique, qui ont été proposées, nous en retiendrons une : l'anémie. Nous ne pouvons, en présence de cette étiologie, nous empêcher d'évoquer le rôle toxique de l'ascaris et la destruction globulaire, parfois intense, qu'il détermine en fin de compte. Dans la pathogénie du mal, variable, suivant les cas, ne voyons-nous pas, dans les traités classiques, invoquer le mécanisme d'une albuminurie due à une intoxica-

tion gastro-intestinale ? Ici encore, les toxines de l'ascaris surajouteraient leur action à celle des poisons élaborés normalement dans l'intestin et non complètement éliminés, apportant ainsi un facteur de gravité nouvelle à l'affection.

La pyélo-néphrite, si fréquemment constatée, quand des analyses attentives d'urines sont systématiquement pratiquées, est attribuable le plus souvent au colibacille ; le plus souvent aussi, la voie d'accès de l'agent pathogène vers le rein et le bassinet est la voie descendante, la voie sanguine ; cette affection n'est qu'un des nombreux aspects de la colibacillose gravidique. Il a donc fallu que le bacille passe de l'intestin dans le sang ; que des ascaris se trouvent dans cet intestin, ils aideront à cette migration en supprimant par endroits la barrière de l'épithélium et en ouvrant des voies directes vers le milieu sanguin.

Nous en dirons autant de la cystite par bactériurie gravidique, qui présente même étiologie et même pathogénie.

Si maintenant nous passons aux vomissements de la grossesse et à ce fait que des vomissement banaux et bénins peuvent insensiblement se transformer en vomissements graves et incoercibles, si d'autre part nous admettons avec Davaine que, parmi les symptômes de l'ascaridiose, se constatent assez fréquemment des nausées ou des vomissements, rien d'étonnant à ce que nous soyons tentés de rapprocher ces deux ordres de faits, et d'admettre que, sur un terrain névropathique ou en proie à l'auto-intoxication gravidique, les parasites provoquant de tels symptômes peuvent être, dans certains cas, le point de départ du mal, par déclenchement du réflexe. « Il existe souvent, déclare M. le professeur Fabre, dans son « Précis

d'Obstétrique », une lésion organique qui est le point de départ du réflexe : vice de position de l'utérus, grossesse gémellaire, môle hydatiforme, coprostase, etc., et il faut se livrer à un examen complet de la femme avant de conclure à l'hystérie ou à l'auto-intoxication. » Les lésions anatomiques microscopiques et les troubles physiologiques provoqués par notre parasite peuvent, eux aussi, être manifestement mis en ligne comme provocateurs de ce réflexe. Nous lisons, en effet, dans le « Précis de Parasitologie », de M. le professeur Guiart, les lignes suivantes : « Les déplacements des parasites dans l'intestin et leur fixation sur la muqueuse déterminent de très vives irritations des terminaisons nerveuses, voire même des plexus nerveux sympathiques de la paroi intestinale. Ces irritations sont le point de départ de phénomènes réflexes de nature et d'intensité variables. »

L'appendicite est peut-être un peu plus fréquente dans la grossesse qu'en dehors d'elle ; cela tient à ce que, dans ce cas, elle est souvent une localisation de la colibacillose gravidique. Or, le nombre des observations d'appendicite vermineuse s'accroît de jour en jour, à mesure que l'attention est plus généralement attirée de ce côté. En 1906, le professeur R. Blanchard vint exposer et défendre, devant l'Académie de Médecine, les travaux que M. le professeur Guiart avait accomplis dans son laboratoire ; il montra, entre autres, que l'appendicite n'est souvent qu'une simple typhlite, et que la douleur, au point de Mac Burney, a souvent comme unique cause l'irritation des plexus sympathiques, due à la pénétration du parasite dans la paroi intestinale. Mais l'ascaris, dans le cas qui nous occupe, peut être incriminé, non seulement comme agent

des douleurs appendiculaires par un processus purement mécanique, mais encore comme inoculateur du colibacille et producteur de lésions septiques au niveau de l'appendice iléo-cœcal. L'observation V, que nous publions plus loin, bien que relatant des incidents survenus durant les suites de couches, illustre cependant ces théories.

L'éclampsie a été définie par M. le professeur Fabre : « une affection caractérisée par des accès convulsifs précédés toujours par des troubles intestinaux et suivis d'albuminurie ». Ces troubles intestinaux prémonitoires, que le professeur Bar a dotés du nom d'éclampsisme, consistent en douleurs abdominales violentes et en vomissements. Nous trouvons là la preuve d'une origine intestinale. L'éclampsie est une intoxication par insuffisance de l'élimination des poisons élaborés, et par exagération de la production de ces poisons, au cours de la puerpéralité. « Pour nous, écrit M. le professeur Fabre, l'éclampsie est surtout une auto-intoxication d'origine intestinale ; l'intestin est une grande fabrique de poisons ; les fermentations sont plus fréquentes pendant la grossesse ; les résidus intestinaux, favorisés par la stase et le défaut de circulation, ont alors une toxicité considérable... A l'état normal, les émonctoires hépatique et rénaux étant sains, il se fait un équilibre entre la production des poisons et leur élimination ; chez l'éclamptique, le foie est dégénéré et son action amoindrie ; sous l'influence d'une brusque pénétration de toxines dans le sang, le foie est incapable de jouer son rôle protecteur, et les poisons absorbés agissent sur le système nerveux en produisant des crises convulsives. » Pourquoi, l'ascaris étant dûment présent dans l'intestin de certaines de ces malades, n'aurait-on pas le

droit de l'accuser de cette « brusque pénétration de toxines dans le sang », à la faveur des lésions de la muqueuse qu'il renouvelle sans arrêt, et d'admettre que ses toxines propres vont collaborer à l'action des toxines intestinales dans la production des crises convulsives ?

Parmi les ictères de la grossesse, aux conséquences facilement désastreuses, l'ictère mécanique peut être dû à des lombrics erratiques entrés à l'état jeune à l'intérieur des voies biliaires, l'ictère catarrhal à la coprostase et à la colibacillose, dans la pathologie de laquelle nous avons admis le parasite.

De l'aveu de tous, on n'est pas parvenu encore à attribuer une étiologie précise à la plus redoutable des maladies de la grossesse : l'anémie pernicieuse. Le champ est ouvert intégralement à toutes les suppositions. Nous ne manquerons pas de remarquer, avec M. le professeur Fabre, que, dans la symptomatologie de l'affection, « la diarrhée et les troubles digestifs sont des phénomènes fréquemment observés et qui souvent dominent la scène et peuvent égarer le diagnostic ». Ici, encore, l'intestin attire l'attention sur lui ; ici encore le syndrome anémie éveillerait l'idée d'ascaridiose et pousserait, quand l'intestin est reconnu parasité, à l'administration des vermifuges, dans le but de la suppression d'une cause morbifique, sinon déterminante, du moins aggravante.

Aucun fait expérimental, aucune constatation clinique ne se trouvent à la base des hypothèses que nous émettons là. Nous nous sommes cru néanmoins autorisé à les faire, car chacune d'elles a comme point de départ des faits maintes fois constatés et scientifiquement contrôlés : la sécrétion par le parasite de toxines propres, et l'inocula-

tion microbienne de la muqueuse intestinale par l'intermédiaire des lésions dues aux ascaris.

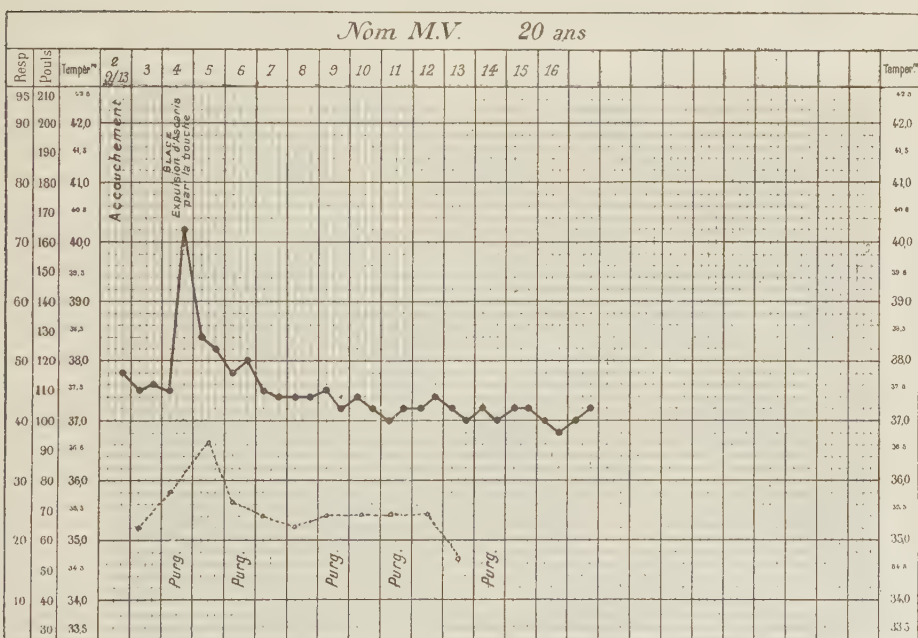
Nous n'avons pas voulu exagérer le rôle du ver, et le charger de tous les méfaits, mais simplement émettre l'idée que, lorsqu'il se trouve dans l'intestin d'une malade, il devient, de par ce qu'on connaît de lui, *a priori* suspect, et qu'il faut songer à sa participation possible à la plupart des maladies de la grossesse à point de départ intestinal.

Et cela nous amène à nous étonner du silence qui règne autour de l'ascaris, dans tout ce qui concerne la grossesse ou les suites de couches, silence qui contraste étrangement avec le tumulte qui s'est fait, au cours de ces dernières années, dans les autres domaines de la pathologie intestinale, autour des découvertes de M. le professeur Guiart.

Peut-être, ici aussi, l'idée fera-t-elle son chemin, et verrons-nous un jour le monde médical accorder son attention à ces parasites intestinaux auxquels on a, jusqu'à maintenant, dénié toute importance au cours de la puerpéralité. Car, pourquoi refuser d'admettre qu'ils puissent inoculer le colibacille, alors qu'on leur accorde désormais la possibilité d'inoculer le bacille d'Eberth ?

I. — OBSERVATIONS

Grossesse normale troublée seulement au début par quelques



OBSERVATION I

vomissements et des maux de gorge. L'accouchement s'accomplit normalement, le 2 septembre 1913.

Le 4 au soir, la température s'élève brusquement à 40°2, la malade vomit, on découvre des ascaris dans les matières rejetées.

Le 5 au matin, tous les symptômes se sont amendés, la température n'est plus que de 38°4.

Le 7, la température est redevenue normale, après une descente progressive, et l'état général est parfait.

Une analyse microscopique des matières, pratiquée le 18, indique : 20 œufs d'ascaris et 5 œufs de tricocéphale par préparation.

OBSERVATION II (inédite)

Césarienne avec hystérectomie totale pour néoplasme du col utérin. Accès de fièvre et expulsion d'un ascaris le 12^e jour après l'intervention. Nouvel ascaris dans les selles, le lendemain. Application de radium. Départ de la malade. Récidive dans la paroi vésicale.

N., 24 ans. tertipare.

A. H. : père et mère en bonne santé.

A. G. : un frère bien portant, une sœur bien portante, mariée depuis 12 ans, mais n'ayant jamais eu d'enfant.

A. P. : nourrie au sein maternel. Premiers pas à 1 an : rougeole dans l'enfance.

Premières règles à 13 ans, peu abondantes et indolores.

Vers 16 ans, les règles deviennent abondantes, survenant toutes les trois semaines, douloureuses les premiers jours.

Mariée à 18 ans ; depuis, les règles ne sont plus douloureuses.

1^{re} GROSSESSE. — Le 30 octobre 1912, accouchement à terme d'un enfant de 3 kilos 700, mort à 11 mois d'une méningite. La mère n'avait pu nourrir son enfant que 4 mois (crevasses au sein).

2^e GROSSESSE. — Le 5 avril 1914, accouchement à terme d'une

enfant de 2 kilos 750, vivante et en bonne santé ; nourrie 17 mois au sein.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles : 18/23 avril 1917. La malade a perdu régulièrement tous les mois, pendant les 3 premiers mois, mais très légèrement. Durant les 6 derniers mois, la malade n'a jamais perdu. Elle jouit à l'heure actuelle d'un état général relativement assez bon. Amaigrissement de 12 kilogr. depuis le début de la grossesse.

La malade entre à la Clinique le 5 janvier. Le toucher vaginal montre une induration de tout le col, qui est bourgeonnant et qui donne le signe de l'ongle. Diagnostic de néoplasme du col utérin.

Le 12 janvier 1918, à 12 heures : rupture de la poche des eaux. Un toucher, à 17 h. 15, montre une dilatation de 1 cm. $\frac{1}{2}$ qui ne peut s'accroître davantage. La tête bombe fortement dans les culs-de-sac latéraux, et on décide d'intervenir d'urgence, les eaux étant verdâtres. Les bruits du cœur demeurent bons.

A 18 heures : opération césarienne, avec hystérectomie totale : incision sous-ombilicale ; extraction d'un enfant du sexe féminin, du poids de 2 kilos 780, vigoureux. Décollement du placenta. Fermeture de la plaie utérine avec 3 pinces à griffes. Section des ligaments larges, et ablation totale de l'utérus, col compris. Le décollement des 2 feuillets antérieur et postérieur, au niveau du col, se fait assez facilement. On n'a pas eu à lier les utérines ; d'ailleurs, aucune hémorragie durant toute l'intervention. Ablation de l'utérus et des annexes. Péritonisation. Suture de la plaie en 3 plans.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Tout le col et le segment inférieur, sur une hauteur de 1 cm. $\frac{1}{2}$, sont envahis par le néoplasme, surtout à gauche.

Le 13 janvier. — Température, 37°8 ; pouls, 108. La malade a uriné facilement, sans difficulté.

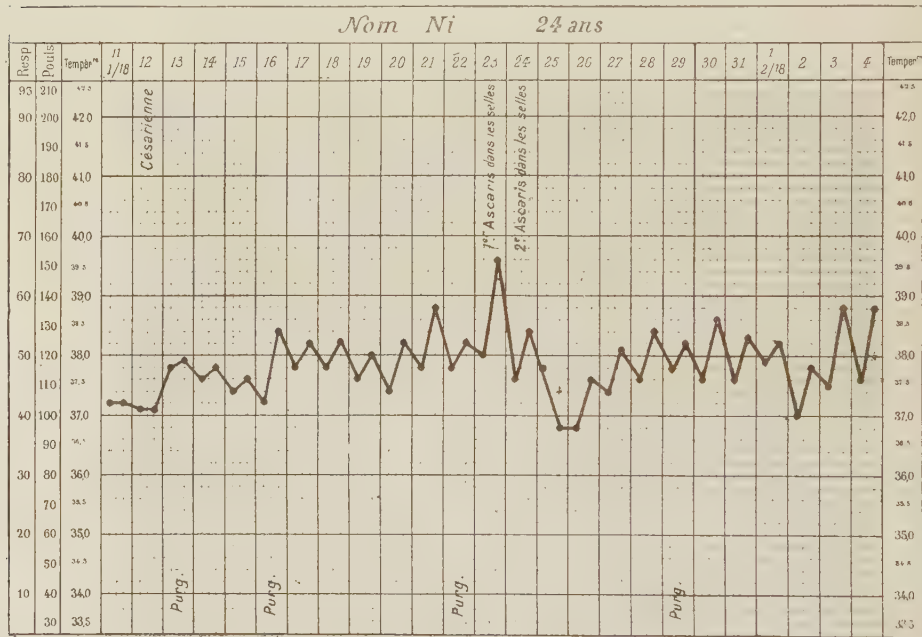
Le 14 janvier. — Température, 37°8 ; pouls, 96. La malade est allée à la selle avec une purgation. La montée laiteuse ne s'est pas encore faite, et on a besoin de mettre l'enfant au sein d'une autre nourrice : deux tétées dans la journée (15 gr., 25 gr.).

Le 22 janvier. — La température a oscillé entre 37°8 et 38°3, avec un maximum, le 21, à 38°8. La malade a uriné et va à la selle naturellement. Elle se plaint cependant de

violentes coliques. Ablation des fils ; cicatrisation par première intention. Pas d'incidents. Tissus souples.

Le 23 janvier. — Dans les selles du matin, on constate la présence d'un ascaris lumbricoïdes, d'une longueur d'environ 20 centimètres. Température, 39°6.

Le 24 janvier. — On trouve un autre ascaris (température, 38°2).



OBSERVATION II

Le 25 janvier. — Application de radium : mise en place de tubes de Nogier, par M. le professeur Fabre.

Le 27 janvier. — La malade a bien supporté le radium et n'a éprouvé aucun trouble. On enlève les tubes le 27, à onze heures, après une application de 48 heures.

Le 30 janvier. — La malade se lève. La température oscille à partir de ce moment entre 37°4 et 38°4. La malade se sent bien. Moral excellent.

Elle part le 10 février, après un examen de M. le professeur Fabre, qui constate que le néoplasme est en pleine récurrence.

L'examen microscopique des matières a montré la présence d'un nombre important d'œufs d'ascaris. On donne donc en conséquence à la malade le traitement classique indiqué par M. Guiart (Santonine et Calomel).

Trois mois après, la malade revient; la plaie vaginale complètement cicatrisée, et présentant, dans la paroi vésicale, un noyau cancéreux du volume d'une noisette. L'état général est bon; la quantité d'urine éliminée est normale; les matières contiennent encore des œufs d'ascaris, mais il n'en a point été expulsé, malgré un traitement vermifuge.

Dix mois après l'opération, la malade était encore vivante, mais son état général était mauvais. D'après des renseignements non médicaux, la récurrence était profonde, ne s'accompagnant pas de pertes vaginales. La date exacte de la mort ne nous est pas connue.

OBSERVATION III (inédite)

Déformations rachitiques, luxation congénitale de la hanche gauche. Césarienne; inefficacité des contractions, absence d'engagement de la tête. Symptômes péritonéaux au 5^e jour. Expulsion de deux ascaris au 6^e jour. Disparition de tous les symptômes.

M. P., 27 ans, tertipare.

A. P. : traitée à 5 ans pour malformations osseuses. Régulée à 17 ans.

1^{re} GROSSESSE en 1916. — Fausse-couche de 3 mois.

2^e GROSSESSE en 1919. — Fausse-couche de 3 mois.

GROSSESSE ACTUELLE. — Assez bien supportée.

La malade présente, sur la face interne du tiers inférieur des 2 tibias, des cicatrices qui datent de l'intervention chirurgicale subie alors qu'elle avait 5 ans. D'après ses dires, on peut penser qu'elle aurait été atteinte de pieds plats varus.

On remarque une incurvation notable des fémurs ; il existe un certain intervalle entre les deux faces internes des genoux.

En outre, luxation congénitale de la hanche gauche ; de ce côté, le signe de l'équerre est positif, et on constate, à la marche, une légère boiterie, le trochanter affleurant de ce côté la ligne Roser-Nélaton. Légère scoliose gauche, voûte palatine ogivale. Les dimensions externes du bassin sont réduites dans leur ensemble.

Symphyse très inclinée ; promontoire élevé ; arc antérieur assez bon ; losange de Michaëlis incliné à droite par sa transversale.

Tête demeurée jusqu'au bout de la grossesse complètement mobile ; elle déborde la symphyse en position paramédiane gauche et tend à filer dans la fosse iliaque gauche.

Dos et bruits du cœur à droite.

12 juillet 1920. — La malade entre le 11, à 23 heures, ayant eu des douleurs, à partir de 15 heures, toutes les 10 minutes. A l'entrée, la tête paraît être dans la fosse iliaque gauche et le col est un peu effacé et non dilaté. A 12 heures, brusque rupture de la poche des eaux. L'occiput déborde encore au-dessus du pubis, à gauche, et le palper révèle un sillon qui fait penser à une présentation de la face. Au toucher, le col est mou et non effacé sur une longueur de 2 centimètres. Impossible de faire un diagnostic de position. Distance, de l'épaule à la ligne médiane, 7 centimètres. Distance, du point d'intersection au pubis, 9 centimètres.

Les douleurs sont localisées dans les reins. On donne à la malade 1 gramme de chloral.

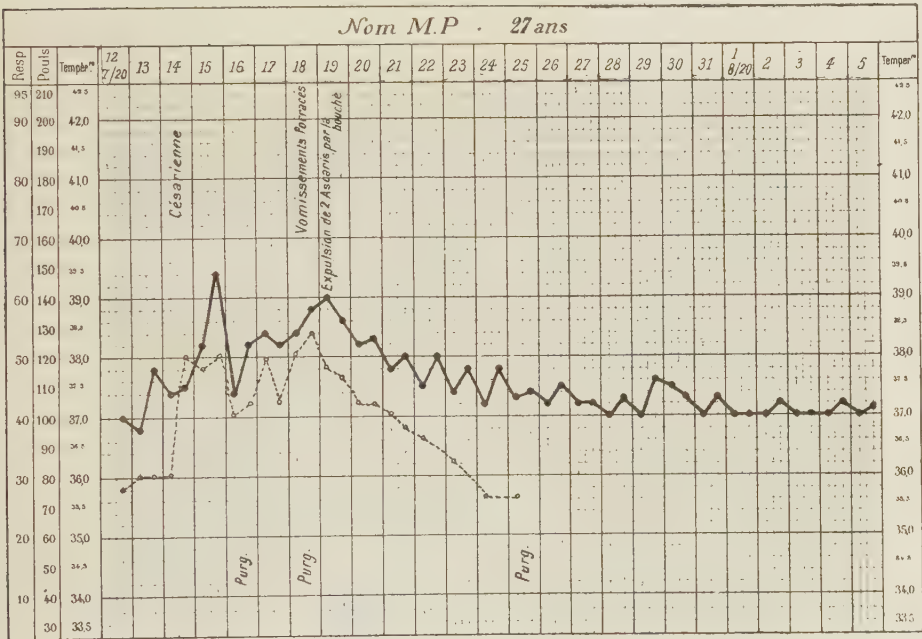
13 juillet. — La malade a eu, durant la nuit, peu de douleurs. La tête est toujours en position paramédiane gauche, la main pénétrant à droite dans l'excavation. Tête mobile. Le front est du côté gauche, très haut et proéminent ; le dos est perceptible du côté droit ; les bruits du cœur et l'épaule sont à droite de la ligne médiane, à 8/10 centimètres. Les petites parties sont perçues en avant et à gauche.

Le col, examiné à 7 heures, est presque effacé, dilaté à un centimètre. On sent un sommet où il semble que la petite fontanelle soit à droite et en avant. Au bout de 48 heures d'attente, après des contractions utérines très fortes, la tête reste exactement dans la même position, très fléchie extra-médiane, le front faisant une saillie très marquée dans la fosse iliaque gauche, l'occiput dépassant la ligne médiane. La tête reste

à peine amorcée dans les contractions et mobilisable dans l'intervalle. Le col effacé reste à une dilatation de 2 centimètres, la tête n'appuyant pas sur le col et demeurant à peine perceptible par le toucher.

Le 14 juillet, au matin, l'état général de la malade est modifié ; elle est prise de hoquets ; les anses intestinales distendues tendent à s'avancer sur la partie antérieure de l'utérus ; les contractions sont très fortes et quelquefois s'accompagnent d'efforts expulsifs mal caractérisés ; le pouls est à 120, la température à 37°7. Devant l'inefficacité des contractions et l'immobilité absolue de la tête, on se décide à intervenir.

Injection vaginale iodo-iodurée ; narcose à l'éther. Opération césarienne abdominale avec luxation de l'utérus avant l'ouverture. L'incision est faite sur la partie antérieure de



OBSERVATION III

l'utérus vers le fond ; le segment est en effet très constitué et l'anneau de contraction très élevé. L'incision tombe sur

le placenta. Extraction rapide de l'enfant en état de mort apparente. Ranimé, après 30 minutes d'efforts, il a fait son méconium ; il pèse 3 kilos 750, avec bosse séro-sanguine très marquée à l'occiput.

La protection péritonéale a été aussi complète que possible : une serviette au devant de l'intestin, une pince de Museux fixant la paroi, en avant de cette serviette, et, par-dessus, une compresse stérilisée ; peu d'hémorragie. Suture musculo-musculaire de la paroi utérine, avec 10 points séparés. Surjet musculo-péritonéal. L'utérus ne se contracte qu'à la fin. Réduction de l'utérus ; l'épiploon est placé en avant. Suture des parois en 3 plans.

Dans la soirée, la malade est un peu agitée (2 piqûres de morphine) ; cathétérisme.

Le 15 juillet. — Température, 38°2 ; pouls, 118. La malade a dormi et uriné. Un peu agitée ; 1 centimètre cube morphine. Le diaphragme fonctionne bien. L'enfant étant encore un peu cyanosé, on lui donne à respirer de l'oxygène et on le met dans la couveuse. Sa température est de 37°2.

Le 18 juillet au soir, la malade (4^e jour après l'intervention) présente un pouls à 120-130, petit, filant. Le facies est caractéristique, les joues enfoncées, les yeux profonds, présentant l'aspect du facies péritonéal classique ; la malade a eu plusieurs vomissements d'aspect porracé.

Le ventre, généralement douloureux, est très météorisé ; la langue est très sèche.

Les extrémités sont refroidies et les lèvres généralement cyanosées, en même temps que la respiration très superficielle.

Devant cet ensemble de symptômes, le diagnostic de péritonite semble s'imposer. C'est celui que porte le Moniteur de clinique.

Le 19 juillet. — Dans la nuit, la malade a vomi deux ascaris et, depuis ce moment, l'aspect clinique est complètement transformé. La température reste élevée à 39°, le pouls à 116, mais la malade ne vomit plus ; elle a eu des selles abondantes ; son abdomen est moins douloureux, moins météorisé, et, ce qui frappe surtout, c'est la transformation complète du facies.

Le 20 juillet au matin, la malade a encore un petit vomissement, puis l'état s'améliore ; l'abdomen et le facies retrou-

vent leur aspect normal. La température est à 38°2, le pouls, bien frappé, à 104.

On ne retrouve pas d'ascaris dans les selles, et plusieurs examens microscopiques ne permettent pas de trouver d'œufs de parasites.

Dans les jours qui suivent, le pouls descend progressivement, parallèlement à la température. Abdomen souple, aucune complication du côté de la paroi ni du côté de l'utérus.

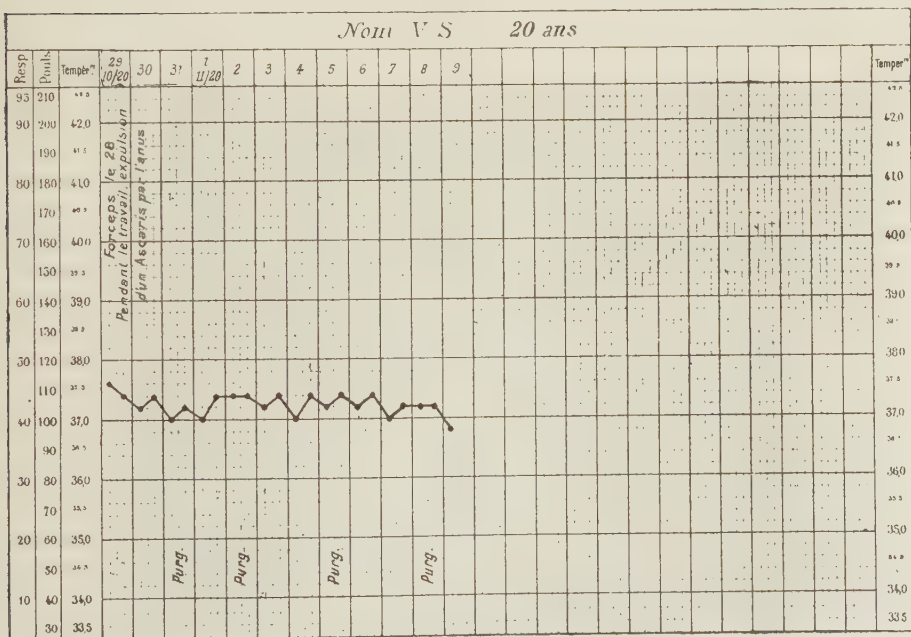
OBSERVATION IV (inédite)

Forceps pour insuffisance des contractions et souffrance de l'enfant. Expulsion spontanée d'un ascaris par l'anus au moment du travail.

V. S., 20 ans, primipare.

Réglée à 14 ans. Règles régulières.

Nom V S 20 ans



OBSERVATION IV

Grossesse normale ; rien à signaler, sinon des étourdissements fréquents. A trois reprises différentes, au cours de la grossesse, la malade a expulsé un ascaris par l'anus. Un autre est émis à son insu pendant le travail ; on le trouve dans le lit.

Le 28 octobre 1920, après 3 heures de dilatation complète, il est procédé à une application de forceps au bas de l'excavation, pour insuffisance des contractions et souffrance de l'enfant.

Le 3 novembre. — On pratique une analyse microscopique des matières, au Laboratoire de parasitologie de la Faculté de Médecine de Lyon, analyse qui décèle quelques œufs d'ascaris dans chaque préparation.

Le 6 novembre. — Il est administré de la santonine à la malade ; on n'obtient aucun résultat.

Le 13 novembre. — Au Laboratoire de parasitologie, nouvelle analyse des matières, qui renferment des œufs d'ascaris en abondance, et quelques œufs de tricocéphale très nets.

La malade part le 9 novembre.

OBSERVATION V (inédite)

Accouchement normal. Douleur et plastron induré de la fosse iliaque droite au 7^e jour des couches. Disparition du plastron et de la douleur. Gros accès de fièvre. Le lendemain, rejet d'un ascaris. Disparition de tout symptôme.

E. V., 21 ans, primipare.

On découvre, dans les antécédents de la malade, une rougeole, survenue dans la petite enfance, et des crises d'appendicite à 20 ans.

Les premiers mois de la grossesse furent marqués par des vomissements, et les 5 derniers mois par des douleurs de reins.

L'accouchement, pratiqué le 2 octobre 1920, fut parfaitement normal.

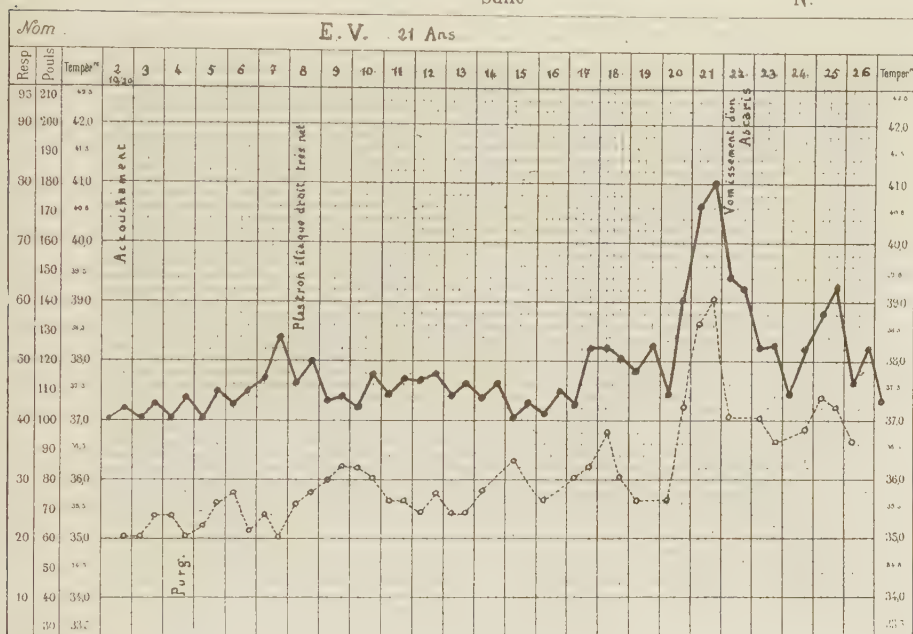
La malade passe à l'infirmerie le 6 octobre, avec le dia-

gnostic d'infection légère ; la température est à ce moment de 38°5, mais il ne se produit pas de frissons.

Le 8 octobre, on constate quelques phénomènes péritonéaux : douleur et contraction de défense de la paroi, sans

Salle

N°



OBSERVATION V

vomissements. La palpation prudente révèle un plastron au niveau de la fosse iliaque droite.

Le 10 octobre. — L'application d'une vessie de glace a provoqué une amélioration notable ; le plastron iliaque est en voie de résolution.

Le 15 octobre. — Le plastron iliaque a complètement disparu.

Le 21 octobre. — Il se produit une très forte ascension thermique (41°), avec prostration légère. Le toucher est négatif ; l'auscultation des poumons et du cœur est négative. Pas de frisson, pas de réaction du côté du péritoine ; l'abdomen est souple, non douloureux et non météorisé.

Le 22 octobre. — La malade rejette un ascaris de 10 centimètres environ.

Le 4 novembre. — La malade sort ; sa température est normale.

OBSERVATION VI (inédite)

(Communication orale de M. le Professeur agrégé TRILLAT.
Malade observée en ville).

Accouchement normal. Fièvre au 6^e jour. Expulsion d'un ascaris le lendemain.

Primipare. Accouchement à terme, le 31 juillet 1920, d'un garçon de 3 kilos 300. Délivrance normale. Purgation au 4^e jour.

Le soir du 6^e jour, la température est de 38°2.

Le lendemain matin, expulsion d'un lombric de 18 centimètres de long environ, sans coliques et sans malaises.

Suites de couches normales.

Lever au 15^e jour.

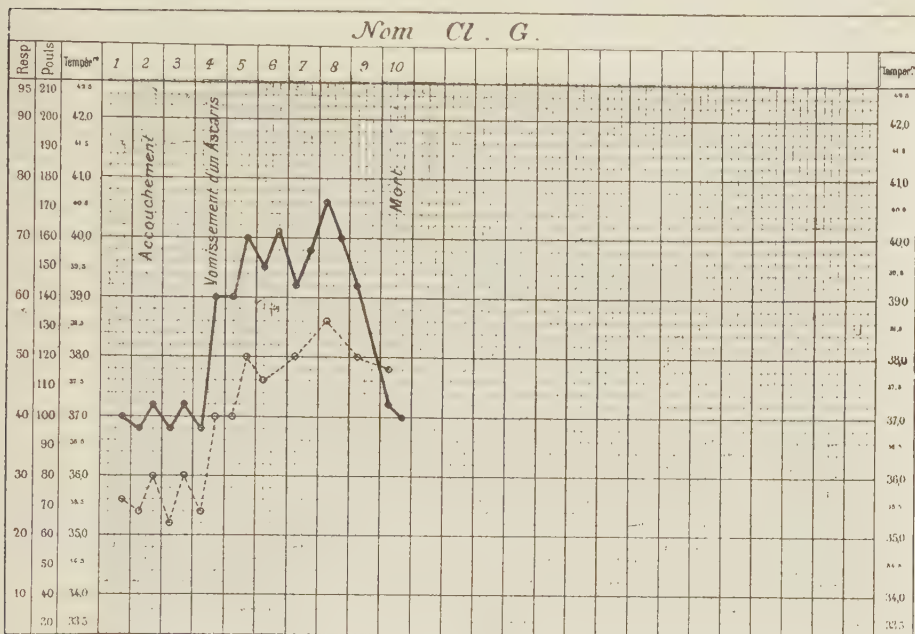
OBSERVATION VII (COMMANDEUR et RHENTER)

(Communication faite à la Réunion Obstétricale de Lyon
dans la séance du 23 février 1910).

Accouchement à terme ; insuffisance mitrale. Rejet d'un ascaride lombricoïde le 3^e jour après l'accouchement. Ascension brusque de la température. Mort, le 6^e jour, de péritonite. Autopsie. Dothiéntérie avec perforation intestinale.

Jeune femme de 25 ans, admise à la Maternité, en raison de lésions mitrales assez caractérisées ; la grossesse se passa cependant bien, et l'on se borna à terminer l'accouchement par une application de forceps dans l'excavation.

La température resta à 37° pendant 3 jours, puis s'éleva brusquement à 39° le 3^e soir, en même temps que le pouls montait à 100, et que la malade se plaignait de céphalée et de douleurs abdominales. Le même jour, on assistait à l'ex-



OBSERVATION VII

pulsion spontanée, par vomissement, d'un ascaride lombricoïde vivant.

Après être restée pendant 3 jours entre 39° et 40°, la température s'élève à 40°5, puis se met à descendre rapidement et régulièrement ; en même temps, l'état général s'aggrave, des vomissements apparaissent, qui deviennent fécaloïdes ; l'abdomen est météorisé, sans que la malade accuse de douleur en un point localisé.

Elle meurt au bout de 2 jours, sans avoir présenté de phénomènes nouveaux.

A l'autopsie, la cavité abdominale est remplie d'un liquide louche, d'odeur fécaloïde, et les anses intestinales apparaissent très dilatées et très vascularisées. Elles forment, dans

la fosse iliaque droite, une masse constituée par quatre anses qu'il est assez facile de séparer, et on tombe alors dans une sorte de clapier renfermant du pus et des matières fécales ; l'examen d'une des anses montre une perforation siégeant sur le bord libre.

A l'ouverture de l'intestin, on se trouve en présence de lésions nettes de fièvre typhoïde, avec une furonculose intestinale commençant à 3 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale, et des plaques de Peyer nombreuses, parfois confluentes, la plupart ulcérées.

La perforation siége au niveau d'une des plaques de Peyer, qui s'est éliminée en bloc ; elle est d'ailleurs unique. On ne trouve pas d'autre ascaride dans l'intestin ; aucun autre dans la cavité péritonéale.

On retrouve au cœur les lésions d'insuffisance mitrale diagnostiquées pendant la vie ; le myocarde est mou et décoloré.

II. — DISCUSSION

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL — PATHOGÉNIE

A la lecture de ces observations, une première constatation s'impose : dans six cas sur sept, l'expulsion des ascaris, soit par la bouche, soit par l'anus, coïncide exactement avec une brusque élévation de la température ou lui succède à très peu d'intervalle. La pathogénie de ces faits prête à controverse.

On sait, d'une part, que, lorsque la température centrale monte, les ascaris contenus dans l'intestin acquièrent des mouvements plus vifs, s'agitent énergiquement et progressent avec rapidité, atteignant l'anus qu'ils peuvent franchir spontanément, ou, pénétrant dans l'estomac et dans l'œsophage, d'où ils sont expulsés par vomissement. L'expérience célèbre de Davaine confirme ces faits : ayant pris des ascaris « engourdis par le froid », et les ayant placés dans une eau dont la température s'élevait progressivement jusqu'à 40°, il les vit s'animer de mouvements de plus en plus rapides.

D'autre part, le parasite peut être la cause directe de la fièvre ; la communication de M. le professeur Guiart, à la Société de Biologie, en 1901, a mis en lumière le processus de l'inoculation microbienne par les parasites intestinaux

à la faveur des érosions de la muqueuse, produites par leur armature buccale.

Le problème est donc le suivant : ou bien l'expulsion du ver est une simple conséquence de la fièvre, due elle-même à une cause quelconque ; ou bien la fièvre est une conséquence de la présence du parasite dans l'intestin de la malade. Nous penchons pour la seconde hypothèse et nous allons, par ce qui va suivre, tenter de montrer pourquoi.

Les causes qui peuvent produire l'hyperthermie observée sont d'autant plus nombreuses que, dans nos six observations, où la coïncidence de la fièvre et du rejet du parasite est nette, on trouve deux césariennes, dont une accompagnée d'une hystérectomie totale, une crise d'appendicite récente, et une fièvre typhoïde au début. Deux accouchements seulement sont normaux jusque dans leurs suites.

A la suite de toute intervention intrapéritonéale, le développement d'une infection à point de départ opératoire est toujours possible, malgré les plus minutieuses précautions d'asepsie. Objection difficilement admissible, si l'on songe que, justement, ces précautions ont été prises, et si l'on compare la courbe thermique incriminée avec celle d'une péritonite, où nous voyons la température ascensionner jusqu'à 40°, se maintenir longtemps à ces altitudes, ou subir une longue série de grandes oscillations, dans les cas heureux où la mort ne termine pas une période d'ascension ininterrompue. Mais deux arguments surtout vont à l'encontre de cette hypothèse d'une infection opératoire : d'abord le fait que la température, dans nos deux observations, est redescendue à la normale et que les symptômes abdominaux se sont complètement amendés après l'expulsion des parasites ; en second lieu, l'existence de notre

observation I, où l'accouchement fut parfaitement normal et où la fièvre fut cependant à peu près identique. Il n'en est pas moins vrai que, dans un cas, en présence des graves symptômes observés, et avant la révélation du parasite, le diagnostic de péritonite s'imposait. C'est d'ailleurs celui qui fut porté.

Mais, dira-t-on, les observations citées signalent des accidents survenus tous après l'accouchement ; n'est-il pas logique de penser à des complications streptococciques atténuées, à une infection puerpérale bénigne, comme certaines formes de streptococcie vulvaire ou vaginale ? Une analyse bactériologique des lochies eut sans doute eu victorieusement raison de cette objection, mais nous n'avons malheureusement pas eu la bonne fortune d'être présent aux époques où ces faits se sont déroulés, et l'hypothèse d'une streptococcie naissante était déjà presque toujours cliniquement écartée au moment où l'on aurait pu songer à pratiquer un tel examen. Nous avons cependant d'autres arguments :

Dans l'immense majorité des cas, l'infection puerpérale se manifeste par une élévation de température importante, mais progressive ; or, trois au moins de nos observations nous montrent des ascensions soudaines.

D'un autre côté, dans les trois cas où nous avons trouvé le pouls noté sur la feuille de température, nous voyons sa courbe suivre fidèlement les oscillations de la courbe thermique. Or, la discordance entre le pouls et la température est une caractéristique de l'infection puerpérale, au début de laquelle on voit le pouls monter et se maintenir à cent pulsations, alors que rien encore dans la courbe thermique n'éveille l'attention.

S'agirait-il d'une infection mammaire ? l'élévation de température est, dans ces cas, très brusque et tombe après deux jours aussi rapidement qu'elle s'est produite ; mais les symptômes locaux ne peuvent passer inaperçus.

On ne pourrait non plus penser à la stercorémie, car la fièvre dépasse alors très rarement $38^{\circ}5$ et pour ainsi dire jamais $39^{\circ}5$.

Dans le cas spécial de l'observation V, l'hypothèse d'une réaction à point de départ appendiculaire est la première qui devait venir à l'esprit, car treize jours plus tôt avaient éclaté déjà des symptômes de réaction péritonéale, dans la fosse iliaque droite, symptômes vite disparus, à la suite de l'application d'une vessie de glace. Le syndrome appendicite était alors, à notre avis, dû à l'action locale de l'ascaris, suivant le mécanisme invoqué dans le chapitre précédent ; par la suite, le parasite changea simplement de domicile et alla créer des désordres dans un autre point de l'intestin, puisqu'on ne retrouva aucun signe suspect du côté de la région primitivement lésée.

Rien ne prouve, d'ailleurs, qu'avant l'accouchement, les malades n'ont pas fait de semblables hyperthermies ; soudaines et ne se traduisant que par un vague malaise, elles ont pu passer inaperçues, car des tableaux cliniques aussi impressionnants que celui relaté dans l'observation III sont rares. La malade de l'observation IV a, à trois reprises différentes, rejeté des ascaris ; il ne serait pas étonnant qu'elle eût alors fait de la fièvre. Pour pouvoir affirmer le contraire, il faudrait avoir suivi les malades au jour le jour, durant toute leur grossesse.

Nous admettrons donc, au moins pour les trois premières, la cinquième et la sixième de nos observations, une patho-

génie spéciale, car l'ascaris y est, à notre avis, nettement à incriminer comme cause morbifique, de par son action directe sur la muqueuse, et de par les toxines qu'il sécrète. M. le professeur Guiart, dans son ouvrage de vulgarisation : « Les parasites inoculateurs de maladies », s'exprime ainsi : « Ce qui augmente encore le danger des microbes et des parasites intestinaux, c'est que nous savons aujourd'hui que tous les parasites, sans exception, secrètent des toxines... Or, étant donné que la muqueuse intestinale est faite pour absorber toutes les substances solubles, qu'elles soient comestibles ou vénéneuses, il en résulte que les parasites intestinaux sont dangereux, non seulement par les microbes qu'ils peuvent inoculer..., mais encore par les toxines qu'ils peuvent sécréter. En effet, ces toxines, absorbées au niveau des villosités, passeront directement dans le sang. Certaines seront détruites dans le foie, mais beaucoup le traverseront, et, comme la plupart sont hémolytiques..., il en résultera de l'anémie; c'est-à-dire un état d'infériorité de l'organisme. Aussi, lorsqu'une infection se produira plus tard, chez ces individus anémiés, sera-t-elle d'autant plus redoutable. » On connaît par ailleurs les expériences de Chanson, qui réussit à provoquer des accidents généraux fébriles par l'inoculation d'un extrait d'ascariide.

L'organisme de nos malades se trouve donc en état de moindre résistance, d'abord du fait de la grossesse et de l'accouchement, ensuite du fait des toxines sécrétées par les parasites. L'infection sur un pareil terrain peut, à ce moment, se produire sous l'influence de la moindre cause. Nous avons écarté, par la discussion clinique, l'hypothèse d'une pénétration des microorganismes par la voie génitale.

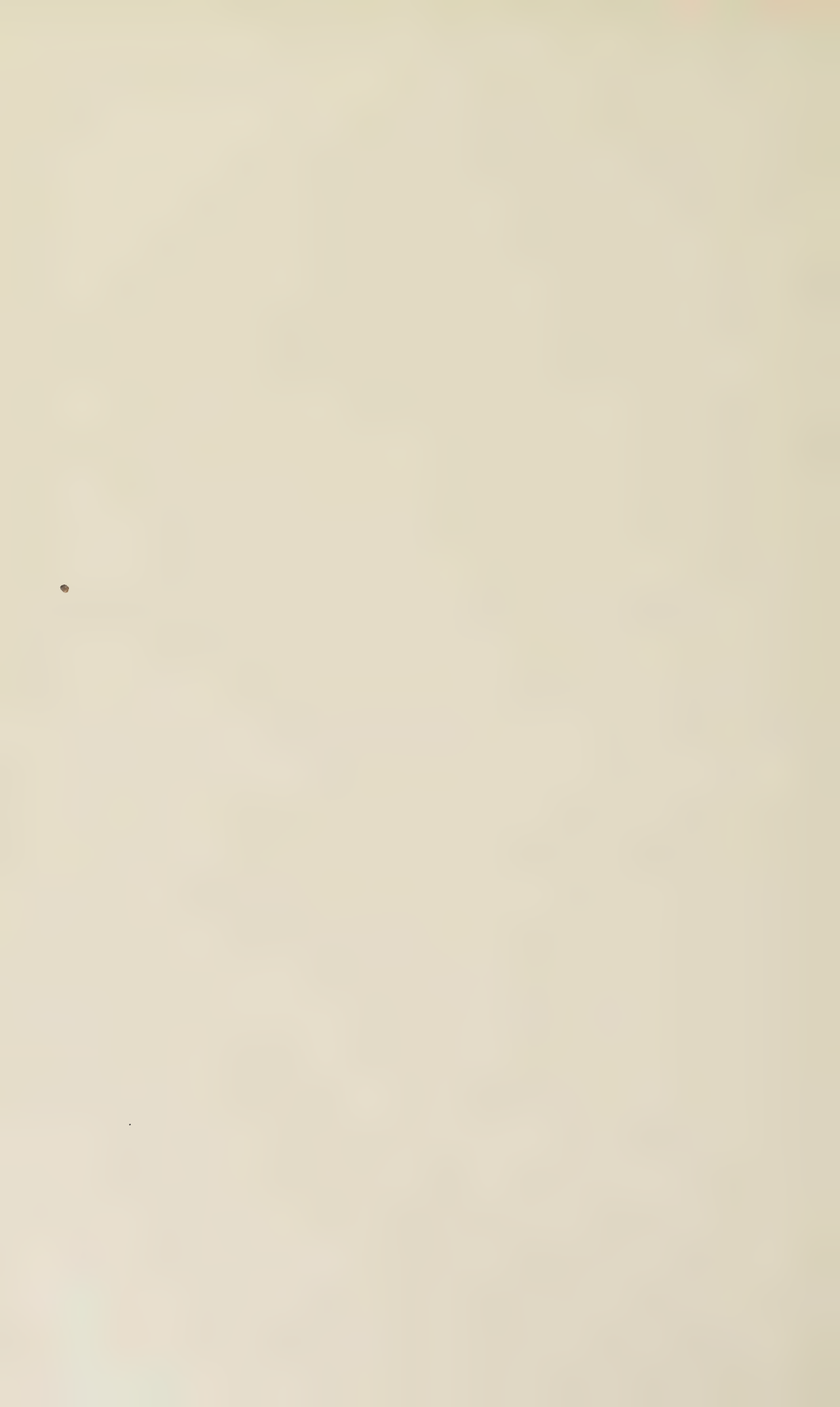
On est donc porté logiquement à songer à la voie intestinale, car nulle part dans l'organisme ne se rencontre un milieu plus riche en microbes de toutes sortes ; l'action de ceux-ci chez les parturientes se trouverait singulièrement favorisée par la coprostase, dont les purgations ne viennent pas toujours à bout. M. le professeur Guiart a démontré le mécanisme de l'inoculation microbienne par les parasites, en ce qui concerne le bacille d'Eberth. Rien ne nous empêche de supposer que les choses ne se passent pas quelquefois ainsi, vis-à-vis des autres bacilles de l'intestin.

On peut donc penser qu'à un moment donné, les parasites, sous une influence quelconque, mue ou ponte, deviennent hématophages et créent, pour se nourrir, de plus graves lésions de la muqueuse, à la faveur desquelles une inoculation microbienne se produit. Il se déclare une infection locale, une véritable lymphangite de la paroi intestinale, avec parfois une réaction péritonéale de voisinage, et l'organisme épuisé réagit par la fièvre, processus de défense contre l'infection d'abord, contre l'*ascaris* ensuite, en amenant son expulsion.

L'observation IV est intéressante, en ce sens que l'expulsion de l'*ascaris* s'est produite au moment même du travail ; malheureusement, la température du jour de l'accouchement nous manque ; elle eut d'ailleurs été peu probante, trop de facteurs intervenant à ce moment pour l'éloigner de la normale. Le parasite, parvenu dans le rectum par ses propres moyens, fut sans doute rejeté à la faveur de la pression intraabdominale considérable développée par les efforts de la malade.

Dans l'observation rapportée par MM. Commandeur et

Rhenter, le rejet du parasite coïncide avec le début d'une fièvre typhoïde grave, qui doit se terminer rapidement par la mort de la malade. M. le professeur Guiart a prouvé, dans ses statistiques que, dans la dothiéntérie, le grand coupable est surtout le tricocéphale ; il est néanmoins intéressant de découvrir ici aussi un ascaris dans une affection à point de départ éminemment intestinal, éclatant brusquement au troisième jour après l'accouchement. Le parasite est, en tout cas, coupable d'avoir faussé le diagnostic ; les auteurs déclarent, en effet, que « la nature de la lésion fut reconnue seulement à l'autopsie. Le diagnostic porté avait été : péritonite par perforation intestinale d'origine probablement parasitaire, la malade ayant rejeté un ascaride. Cette explication avait semblé plus rationnelle qu'une perforation typhique à laquelle on n'avait pas cru devoir se rattacher ».



CONDUITE A TENIR

Aux mesures hygiéniques, prescrites couramment, au cours de la grossesse, devront s'en ajouter d'autres bien faciles à observer, pour peu que la docilité de la femme, si capricieuse à ce moment, veuille bien s'y prêter.

Il faudra d'abord ne permettre que l'usage de l'eau bouillie, surtout dans les régions où l'eau des puits est à peu près seule employée ; les puits, si souvent souillés par les infiltrations des fosses d'aisance voisines, étant en effet le gros danger.

A la ville, on devra, en plus, proscrire les aliments consommés crus, la salade, les fraises, dont la croissance, chez les maraichers de banlieue, est si souvent favorisée par la pratique de l'épandage ; le cresson, qui croît dans les ruisseaux où débouchent des canalisations de fosses d'aisance ou des purins ; enfin, les fruits tombés à terre.

Mais, dans les cas où l'analyse microscopique aura décelé l'existence du parasite, un traitement curatif immédiat s'imposera.

Nombreux sont les accoucheurs qui, pour des motifs faciles à comprendre, refusent aux femmes enceintes le bénéfice de la médication vermifuge. Nous avons vu cependant que la présence du parasite dans l'intestin est un danger permanent ; nous pensons qu'il faut, dans tous les cas, aussitôt sa présence signalée, s'employer activement à le faire disparaître.

Rares sont les cas où il signale sa présence en s'offrant directement à la vue du médecin, au milieu d'une selle ou de matières vomies ; le plus souvent, son existence est ignorée et du médecin et de la malade, et les symptômes qu'il provoque sont mis sur le compte de la grossesse. Le microscope seul permet le diagnostic. Aussi, de même que l'analyse des urines est systématiquement pratiquée, de même devrait-on exécuter, une fois au moins, une analyse microscopique des matières. L'indication se poserait d'une façon plus pressante dans tous les cas de complications de la grossesse à point de départ intestinal. Bien souvent, des œufs d'ascaris seraient décelés, puisqu'un grand nombre d'individus est normalement parasité. Quel argument, si les statistiques arrivaient à découvrir, dans les grossesses compliquées, un plus grand nombre d'analyses positives que dans les grossesses normales !

L'ascaride une fois trahi par ses œufs, comment se comporter vis-à-vis de lui ? On ne doit pas oublier que les vermifuges, médicaments toxiques pour le ver, le sont aussi, à un plus ou moins haut degré, pour la malade ; c'est en vertu de ce principe qu'on se refuse généralement à les administrer, pendant la grossesse, au cours de laquelle toute cause d'intoxication doit être soigneusement écartée. La difficulté peut cependant être tournée dans une certaine mesure ; on choisira d'abord le remède qui, doué de propriétés suffisamment énergiques, est cependant un des moins toxiques. D'autre part, on fera précéder l'administration du médicament d'une purgation prise la veille, en vertu de ce principe que la dose de vermifuge nécessaire pour obtenir l'effet désiré est d'autant plus faible, que l'intestin est dans un état de vacuité plus parfait. On pourra

ainsi, par la diminution de la dose, réduire au minimum les chances de pénétration du produit dans le milieu sanguin.

Il est d'autant plus indispensable, cependant, de se tenir ici dans le juste milieu que, lorsque la dose est par trop faible, les ascaris, ainsi que Moniez l'a montré, s'agitent avec intensité, en signe de réaction vis-à-vis du poison, et amènent la production de troubles réflexes parfois graves.

Il s'agit donc, pour le thérapeute, pris entre la menace d'une intoxication, d'une part, et, d'autre part, la possibilité d'une réaction bruyante du parasite, de choisir dans la zone maniable du médicament la dose qui s'impose.

Nous n'oserons pas proposer la médication thymolée, même administrée avec les précautions d'usage, à cause de la solubilité faible, mais réelle, du médicament dans l'eau et de sa toxicité redoutable.

La santonine, à doses diminuées, nous semble préférable: *0 gr. 10 à 0 gr. 15*, par exemple, suivie d'un purgatif salin, plus brutal, mais moins susceptible de devenir toxique, que l'huile de ricin.

On pourra, si l'on préfère, administrer le calomel, soit seul à la dose de *0 gr. 20 à 0 gr. 50*, soit associé à la santonine, sous forme de cachet :

Santonine	<i>0 gr. 05</i>
Calomel	<i>0 gr. 10</i>

(Pour un cachet n° 2 ou 3 ; à prendre à une demi-heure d'intervalle dans un peu d'eau.)

On pourra encore, si l'on veut, prescrire la Mousse de Corse sous forme de :

Décocté : *10 gr.* dans *200 gr.* d'eau.

L'essentiel, quel que soit le médicament choisi, étant de ne pas se décourager devant un insuccès ; il ne faut pas oublier, en effet, que la médication vermifuge, même appliquée à fortes doses, demande souvent à être répétée plusieurs fois avant d'aboutir à un résultat positif.

CONCLUSIONS

1° L'ascaridiose est une véritable complication des suites de couches. Il est possible que le parasite, par le mécanisme de l'inoculation microbienne et par la sécrétion de ses toxines propres, puisse concourir exceptionnellement au déclenchement des maladies de la grossesse d'origine intestinale ;

2° L'existence d'ascaris, chez les femmes enceintes ou accouchées, est rare dans la région lyonnaise. A la Clinique d'accouchements, M. le professeur Fabre n'en a observé que 4 cas sur 19.442 accouchements ;

3° Les ascaris sont parfois l'unique cause de certaines hyperthermies soudaines du post-partum, qui s'amendent immédiatement après leur expulsion. Nous en rapportons trois observations. Deux autres observations se rattachent l'une à une complication fébrile légère, l'autre à une fièvre typhoïde ;

4° Dans deux cas d'opération césarienne, dont l'une avec ablation totale de l'utérus pour cancer, les symptômes provoqués par la présence d'ascaris ont pu égarer le diagnostic et en imposer pour une complication septique ;

5° Il est nécessaire de dépister rapidement le parasite,

danger permanent pour la malade ; l'analyse microscopique des matières est le seul procédé certain de diagnostic. Elle devrait être pratiquée dans tous les cas de grossesse compliquée d'affection à point de départ intestinal ;

6° La médication vermifuge peut et doit être appliquée aux femmes enceintes, mais prudemment et à doses restreintes.

Vu :	Vu :
Pour le Doyen,	<i>Le Président de la Thèse,</i>
L'Assesseur :	FABRE.
J. LÉPINE.	

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 2 Décembre 1920.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANCIAX. — Des accidents produits par les ascarides lombri-coïdes et de leur traitement (*Bull. gén. de Thérap.*, 1856. Cité par Davaine).
- CADE et GARIN. — Parasitisme intestinal et entérorrhagies occultes (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1909).
- COMMANDEUR et RHENTER. — Deux cas de fièvre typhoïde à début soudain après l'accouchement. (Communication à la Réunion obstétricale de Lyon, 1910).
- DAVAINE. — Traité des Entozoaires.
- DOLÆUS. — *Encyclop. medicinæ*, lib. IV, cap. X. De infantum et puerorum morbis. Cité par Davaine.
- FABRE. — Obstétrique.
- GUIART. — Communication à la Société de Biologie, 1901.
- Précis de Parasitologie.
- Les parasites inoculateurs de maladies. 1911.
- GUIART et GARIN. — Réaction de Weber et tricocéphale. *Semaine médicale*, 1909.
- HIPPOCRATE. — Des Maladies. Livre IV, trad. par E. Littré.
- KERCKRING. — Spicilegium anat. Obs. 79. Cité par Davaine.
- MOREAU. — Des infections et des intoxications d'origine intestinales au cours de la puerpéralité. Thèse de Paris, 1905.
- PALLAS. — Dissert. med. inaug. de infestis viventibus intra viventia. Cité par Davaine.

RÆDERER et WAGLER. — Tractatus de morbo mucoso, Sect. I, par. IX, page 294, trad. Paris, 1855. Cité par Davaine.

STEGMANN. — Steg. mise. cur., decur III. Cité par Bianchi, in Davaine.

TIMÆUS. — Cas, méd. ; lib. IV. Cité par Vander-Wiel, in Davaine.

VANDER-WIEL. — Observ. rares de médecine, etc. Obs. XXIX. Cité par Davaine.

WILLIUS. — De abscessu musculorum abdominis in fœmina gravida, et lumbrico in abscessu reperto. In acta helvetica, Basileæ, 1751. Vol. I. Cité par Davaine.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	13
Considérations générales sur l'ascaris	17
L'ascaridiose au cours de la grossesse.	21
L'ascaridiose dans les suites de couches :	
I. Observations	27
II. Discussion : Diagnostic différentiel, Pathogénie	41
Conduite à tenir	49
Conclusions.	53
Bibliographie	55

